

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1920-1921 — N° 257

TUBERCULOSE LACRYMALE
ET
TUBERCULOSES MULTIPLES ASSOCIÉES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M^{LLE} DORA RIVIÈRE

Née le 13 Avril 1895, à Saint-Etienne (Loire)



LYON
LA SOURCE, G. NEVEU & C^{IE}
21, Rue Vieille-Monnaie

1921

TUBERCULOSE LACRYMALE
ET
TUBERCULOSES MULTIPLES ASSOCIÉES



Digitized by the Internet Archive
in 2026



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921

TUBERCULOSE LACRYMALE

ET

TUBERCULOSES MULTIPLES ASSOCIÉES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M^{LLE} DORA RIVIÈRE

Née le 13 Avril 1895, à Saint-Etienne (Loire)



LYON

L. A. SOURCE, G. NEVEU & C^{IE}

21, Rue Vieille-Monnaie

1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

M. HUGOUNENQ Doyen HONORAIRE.
MM. J. LÉPINE Doyen.
ROQUE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique.	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	X...
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Chirurgie infantile	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET.
Chimie organique et Toxicologie	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie.	MOREL
Anatomie générale et Histologie.	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutique générales.	POLICARD
Anatomie pathologique.	DOYON
Médecine opératoire.	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène.	VILLARD.
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Urologie.	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Embryologie	HOVELACQUE.
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	GARIN	DUROUX	CORDIER
BRETIN	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	TRILLAT	FAVRE id.
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (L)	SARVONAT	MURARD
TAVERNIER	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
CADE	COTTE	ROCHAIX.	GRAVIER, chargé des fonctions

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, Président ; VILLARD, Assesseur ;
MM. FAVRE et MURARD, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE RENÉ

Disparu le 18 Décembre
1914, à Cagny-sur-Matz (Oise)

A MES PARENTS

En témoignage de ma profonde affection.

A MA SŒUR — A MES FRÈRES

A TOUS CEUX QUE J'AIME

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

*Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'honneur*

Nous sommes heureux d'avoir ici l'occasion de lui exprimer non seulement la reconnaissance déjà pourtant très grande de l'élève pour son premier Maître, mais encore celle plus intime du malade pour son Médecin, reconnaissance à laquelle s'ajoute maintenant les sentiments d'affection unissant nos deux familles.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC

*Médecin Honoraire des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur*

Qu'il nous permette de le remercier de l'accueil si bienveillant qu'il nous a réservé dans son service. Nous n'oublierons pas le profond intérêt qu'il a en maintes circonstances témoigné à notre famille comme à nous-même.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR WEILL

Professeur de clinique infantile à l'Université de Lyon

Chevalier de la Légion d'honneur

Nous voudrions qu'il
trouve ici le témoignage du
plaisir et de l'intérêt toujours
pris dans ces discussions
vivantes et variées qui pro-
longeaient les consultations.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRET

Médecin Honoraire des Hôpitaux

Nous tenons à lui dire que
nous n'oublierons pas ses
leçons, que nous regrettons
avoir été si peu nombreuses.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE ROLLET
Professeur de clinique ophtalmologique à l'Université de Lyon
Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

Nous le remercions de
nous avoir ouvert son ser-
vice et fait bénéficier de son
enseignement avec tant de
bienveillance et tout particu-
lièrement nous le remercions
d'avoir inspiré ce travail.

A MON JURY DE THÈSE
MM. LE PROFESSEUR ROLLET
LE PROFESSEUR VILLARD
LE PROFESSEUR FAVRE
LE PROFESSEUR MURARD

AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce travail devant clôturer ma vie d'étudiante, je songe naturellement aux diverses périodes de mes études et éprouve le désir de les retracer rapidement.

C'est d'abord le Lycée de Saint-Etienne, ces années passées si vite me laissent un souvenir durable que je tiens à noter ici.

C'est au cours de ces semestres que je puis, grâce à la bienveillance du Docteur Montagnon, commencer des visites à l'hôpital. Là dans un service (si agréablement décoré) naît chez moi la volonté de poursuivre les études médicales.

Alors c'est Lyon et presque immédiatement la guerre qui me dirige vers un service de chirurgie ;

celui de M. le Professeur Villard. Qu'il me permette de lui redire toute ma reconnaissance et ma gratitude. Aux longues matinées opératoires et aux séances de pansement à la Porte, viennent s'ajouter dans mon souvenir les heures de Saint-Charles.

Je ne peux pas songer aux Salles Gensoul et Saint-Joseph sans évoquer ces moments passés avec celle qui devait plus tard devenir une amie. De là, date notre amitié.

Et maintenant c'est l'arrivée dans le service de M. le Professeur Pic, sans parler de son enseignement, je me souviendrai toujours de ses nombreuses marques de sympathie.

Il serait trop long de rappeler tout ce qui pour moi a marqué au cours de ces dernières années. Je voudrais pourtant dire combien les amitiés sincères trouvées alors entourèrent ma vie d'étudiante.

J'aimerais maintenant m'adresser à mes camarades. Je tiendrais à revenir sur un des sujets de conversation qui nous passionnaient. Nous sentions combien il serait nécessaire de comprendre davantage l'intérêt qu'il y a à s'extérioriser.

Nous les étudiants français, nous restons trop chez nous. Pourquoi, nos études finies, ne pas porter à d'autres pays moins privilégiés, tout ce que nous avons pu apprendre.

Non seulement, d'une part, la France a assez de médecins, mais d'autre part, les pays exotiques en manquent. Ne trouvez-vous pas triste de constater que certaines régions d'Afrique, une partie de la

Chine (je ne cite que ces deux exemples dont je suis sûre) comptent moins de médecins que n'importe quelle grande ville européenne à elle seule.

D'ailleurs les services que rendrait un médecin maintenant après la guerre, ne seraient-ils pas la reconnaissance de la dette contractée par nous envers ceux qui en partie furent à nos côtés en 1914.

Et puis contrairement à l'opinion généralement admise, un médecin colonial ne peut que gagner à exercer dans ces conditions laissant à son initiative un plus grand champ d'action.

Il se trouve aussi en présence de maladies spécifiques à ces contrées et tout un nouveau chapitre de la pathologie lui est ouvert. Je ne veux pas rappeler ici les découvertes de Laveran et des autres découvertes qui ne furent faites que grâce à un séjour aux colonies.

J'espère que les temps sont plus proches où chacun prenant conscience de cette nécessité, le départ de plusieurs médecins, créera une répartition plus juste de l'assistance médicale.

En terminant, je tiens à dire que c'est grâce à M. le Professeur Rollet nous permettant de publier l'observation d'un de ses malades que nous pouvons présenter ce travail. Nous l'en remercions beaucoup. Nous n'oublions pas non plus qu'il nous a ouvert largement son service, nous mettant à même de profiter du travail de la clinique.

Que MM. les Docteurs Bussy et Rossigneux trou-

vent ici nos remerciements pour toutes les explications qu'ils nous ont si souvent données.

Je remercie aussi le Docteur Vialleton. Les indications bibliographiques qu'il nous a recherchées ainsi que son observation ayant beaucoup facilité notre tâche.

CHAPITRE PREMIER

COUP D'ŒIL SUR LA TUBERCULOSE LACRYMALE

La tuberculose lacrymale est connue depuis peu de temps, c'est des tuberculoses de l'œil, la plus récemment découverte.

Affirmée seulement en 1879, par Haab et son élève Amiet, ils apportent des observations probantes d'une tuberculose du sac lacrymal, consécutive à celle de la conjonctive.

Avant la découverte de Haab, on retrouve très

anciennement chez les auteurs, des descriptions de fistules et autres lésions lacrymales qu'on peut rapporter à la tuberculose du sac. M. le Professeur Rollet en a fait un historique très détaillé que nous résumons.

C'est d'abord la période de cautérisation large avec Ambroise Paré, qui se sert d'un cautère avec pièce de fer perforée pour protéger l'œil et laisser la pointe rougie de l'instrument. Quand, dit-il, l'escharre sera tombée, l'ulcère sera modifiée, puis cicatrisée selon l'art. Si l'os se trouve carié, on appliquera les remèdes propres aux caries des os.

Maître Jan signale les fistules lacrymales dues à une carie de la partie supérieure de l'os principal de la mâchoire, qui se joint à l'os coronal. Ces fistules sont difficiles à guérir, le meilleur traitement est le feu qui brûle l'os et le dessèche jusqu'en sa partie saine.

Avec Anel, 1713, qui étudie l'anatomie des voies lacrymales, commence l'ère des sondages et des perforations osseuses.

J.-L. Petit n'emploie pas les cautères, il « pique, râcle, ou même coupe et détruit l'os ».

Scarpa admet que les tumeurs lacrymales sont dues à des causes multiples, il rappelle que Pott a vu des fistules lacrymales guérir, à l'aide seulement d'un bon régime intérieur. Dupuytren qui trouve la scrofule et la syphilis dans l'étiologie de ces fistules, conseille un traitement général et un traitement local. Ce dernier consiste à placer une canule en or ou en argent dans le canal nasal.

Mackensie, Velpeau, insistent sur la nécessité de faire un traitement général, les scrofules se rencontrent souvent sans ces fistules.

Jusqu'à la découverte de Haab, les auteurs signalent la scrofule et le tempérament lymphatique comme cause fréquente de la tumeur et de la fistule lacrymales, mais c'est à lui que revient le mérite d'avoir, pour la première fois, parlé de tuberculose lacrymale.

Jaulin, dans sa hèse inspirée par Terson, a réuni les trois observations de tuberculose primitive du sac, dûes à Leidholdt, 1889; Fick, 1890; Bock, 1892.

Dans la thèse de Tavernier, De Lapersonne étudie les rapports de la dacryocystite tuberculeuse avec le lupus cutané. Celui-ci est décrit par Morax.

En 1899, M. le Professeur Rollet rapporte un premier cas en France de tuberculose sacculaire primitive et fermée. Il signale l'adénopathie satellite et insiste sur le traitement par l'extirpation, dans diverses publications et les thèses de ses Elèves : Vincent, de Toulon (1900); Aribaud (1900); Bérard, d'Angoulême (1903).

Des recherches anatomo-pathologiques sont faites sur le sac tuberculeux par Grobe (1898), Hertel (1899), Axenfeld et Shiba, en 1905. Poulard, en 1903, classe les adénopathies et trouve la bacille de Koch dans le pus ganglionnaire.

Fage, Valude, Gourfein, font des études expérimentales, et dans un mémoire tout récent, Rollet et Bussy dégagent les formes cliniques de la tuberculose lacrymale, en donnant une classification.

Actuellement, grâce à la pratique répandue de l'extirpation du sac, les examens anatomo-pathologiques sont possibles et le diagnostic est rendu possible, mais la question reste très complexe.

La tuberculose lacrymale est une affection qui se présente sous des types cliniques très différents les uns des autres. Pour s'en convaincre, il suffit de lire les observations qui ont été publiées. Quelquefois simple, elle est souvent accompagnée d'autres lésions tuberculeuses de voisinage ou à distance.

Cette variabilité dans les formes de la tuberculose lacrymale n'a d'ailleurs rien de surprenant, lorsqu'on songe aux manifestations si variées de l'infection tuberculeuse.

Comme Poncet l'écrivait : « Il y a dans la tuberculose, une échelle de malignité offensive et de spécificité réactionnelle. Tout au bout de l'échelle, les bacilles de Koch très infectants, tuent par intoxication brutale, massive, sans même laisser le temps à l'organisme de faire des réactions tissulaires caractéristiques (tuberculose septicémique), à un degré au-dessous, il donne l'explosion granulique ; plus bas, les agents de virulence moyenne sont de tuberculose médicale, et, s'ils sont plus faibles encore, de tuberculose chirurgicale. A une atténuation plus grande enfin, correspondent les scrofules et les petites infections du même type. La virulence peut être encore plus faible, elle crée les lésions batardes, bien connues surtout des dermatologistes, où il faut, par exemple, une mise en coupe réglée de tout un pla-

card dermique pour trouver une cellule géante ou quelque chose d'approchant ».

« Enfin, tout au bas de l'échelle, le bacille de Koch très affaibli, amoindri, aux toxines atténuées, n'a plus le pouvoir destructeur habituel. Il évolue dans les tissus, sans engendrer de réactions spécifiques ; il se borne à produire des flux congestifs, des scléroses plus ou moins durables. Ces dernières lésions sont tellement indifférentes, tellement dépourvues de toute ébauche de spécificité, que leur filiation tuberculeuse ne se peut démontrer par aucun caractère histologique... ».

A côté de la virulence variable du bacille de Koch, d'autres facteurs déterminent ces modalités diverses de la tuberculose. Ce sont les conditions de terrain, les modes de contagions variées, les infections surajoutées, etc...

Si nous insistons sur ce polymorphisme de la tuberculose, c'est que dans ce travail, fait à l'occasion d'un malade actuellement en traitement dans le service de M. le Professeur Rollet, nous voudrions montrer la coexistence de tuberculoses lacrymales, avec d'autres manifestations bacillaires cutanées et chirurgicales.

CHAPITRE II

TUBERCULOSE LACRYMALE PRIMITIVE

Terson et Jaulin en ont donné la définition suivante : la tuberculose du sac est dite primitive quand elle n'existe pas dans les parties contiguës : œil, conjonctivite, paupières, fosses nasales, peau.

La tuberculose lacrymale est due à la colonisation du bacille de Koch dans les voies d'excrétion de larmes. Elle est pure si aucune manifestation n'est surajoutée ou préliminaire, compliquée dans le cas

où un autre agent pathogène se greffe sur ces lésions tuberculeuses.

L'étiologie est assez complexe. On retrouve parfois des antécédents héréditaires ou personnels qui expliqueraient une prédisposition tuberculeuse.

Le traumatisme est rarement mis en jeu ; pourtant Mackensie, Boyer ont signalé la fracture du canal nasal comme s'accompagnant souvent de dacryocystite simple.

Il existe une prédisposition anatomique mise en lumière par Rochon-Duvigneaud dans son étude sur la pathologie des voies lacrymales. La conformation anatomique du canal nasal amène des prédispositions chez bien des sujets à l'imperméabilité des voies lacrymales. Voici ce qu'en dit Rochon-Duvigneaud : « Chez le fœtus, l'extrémité inférieure du canal nasal se recourbe vers la ligne médiane en crosse de pistolet. A mesure que la maxillaire se développe en hauteur, le canal nasal se redresse progressivement. A la naissance cependant, il garde encore quelque chose de sa courbure primitive. Chez le fœtus et le nouveau-né la paroi interne du canal nasal est toujours plus anfractueuse et irrégulière que chez l'adulte, on rencontre généralement étagés dans la hauteur du sac et du canal un certain nombre de diaphragmes annulaires à direction transversale ou oblique. Chez certains sujets, il n'existe pas de diaphragme, mais les parois du sac et du canal sont très anfractueuses et leur profil sur les coupes dessinent une ligne très onduleuse. De plus, la communication du

canal nasal avec les fosses nasales ne s'établit qu'après la naissance à une époque variable ». Comme on le voit, toutes ces conditions anatomiques constituent bien une prédisposition aux dacryosystiques, qu'elles soient banales ou tuberculeuses.

Deux faits sont intéressants à noter dans la recherche des causes de la tuberculose lacrymale, c'est le rôle du sexe et de l'âge. Nous rapportons le résultat des recherches personnelles de M. le Professeur Rollet.

Voici ces statistiques : Sur 59 observations on note 44 femmes et 15 hommes. La proportion très élevée pour le sexe féminin égale 74%.

L'affection a une certaine prédominance chez l'enfant et l'adolescent. Comme le dit Kalt, chez les jeunes sujets atteints de dacryotystiques, il faut souvent penser à la tuberculose.

Voici l'âge noté d'après 58 observations :

de	1 an à 10 ans.		12 cas
»	11 » 20	»	24 »
»	21 » 30	»	17 »
»	31 » 64	»	5 »
Total:			 58 »

Au-dessous de 21 ans la proportion des sujets est de 62 %.

Comment expliquer la localisation des bacilles de Kock à la région lacrymale.

Celle-ci peut être le foyer primitif de la tuberculose, chez les sujets sains ne présentant aucune autre lésion bacillaire.

Les bacilles de Kock qui se rencontrent dans des fosses nasales paraissent saines (Strauss) contaminent primitivement le sang. L'inoculation peut se faire par le doigt du malade (Hertel). Dans ce cas, l'affection est d'origine exogène (Rollet). Elle est d'origine endogène lorsque l'affection est partie d'un point éloigné de l'organisme foyer de la tuberculose.

Anatomie pathologique

Le sac lacrymonal tuberculeux est caractérisé par la présence de fongosités décrites par Haab dès 1879. Ce sont des masses en crête de coq de couleurs différentes, passant du gris au rouge jaunâtre. Plus rarement on trouve un sac dur sclérosé, parfois un sac en voie de ramollissement.

Au microscope le follicule tuberculeux se retrouve dans le sac lacrymal avec la même constitution qu'ailleurs; en allant du centre à la périphérie c'est une cellule géante à nombreux noyaux périphériques puis une première zone de cellules épithéloïdes, et une deuxième zone de cellules embryonnaires qui forme autour du follicule une zone d'infiltration variable d'étendue.

Leidholdt trouve les cellules belles et nombreuses. Fick signale l'existence d'images parfaites de nodules tuberculeux avec cellules géantes. A côté de ces faits probants il est parfois impossible de trouver des lésions même non folliculaires.

Symptomatologie

La forme pure se révèle par des symptômes subjectifs qui se distinguent mal de ceux de la dacryocystite.

C'est du larmolement qui se produit d'abord lorsque le malade s'expose au vent et au froid.

A l'examen, on ne constate rien d'anormal vers la région sacculaire. La pression au niveau de l'angle interne provoque parfois un reflux des larmes, mais ne donne lieu à aucune issue de pus ou de mucopus.

Le cathétérisme est rendu souvent impossible par la présence de rétrécissements infranchissables.

Ces malades n'ont pas de passé inflammatoire oculaire. Dans les cas nombreux où la rhinoscopie a été faite, l'examen était négatif. L'examen bactériologique est négatif aussi.

Ici donc tuberculose d'emblée, fibreuse et cicatricielle, atrésie bacillaire primitive (Rollet, Bussy).

La tuberculose lacrymale peut se traduire par la tumeur blanche lacrymale. Ainsi dénommée par M. le Professeur Rollet par analogie avec la tumeur blanche du genou, c'est la forme de tuberculose primitive fongueuse du sac.

Au niveau de la région du sac lacrymal, dans l'angle interne de l'œil on constate la présence d'une tumeur qui atteint parfois la grosseur d'une petite noisette. Cette tuméfaction arrondie ou ovoïde à grand axe oblique de dehors en dedans, est visible à l'inspection. Elle n'adhère pas à la peau qui

conserve son aspect normal. Elle paraît un peu bosselée ; par le palper ces bosselures sont bien senties.

La consistance en était dure dans le cas observé par Bock, molle dans celui de Leidholt. Fréquemment d'ailleurs, les fonguosités qui remplissent le sac donnent à la palpation une fausse fluctuation.

La pression est bien supportée en général la tumeur était indolente. La pression peut faire sortir une petite quantité de pus mal lié, séreux, qui s'écoule facilement par le point lacrymal. Le cathétérisme, à ce moment, est impossible.

Livrée à elle-même l'affection évolue lentement et a une partie ultérieure, on peut voir la peau adhérer partiellement à la tumeur, rougir, s'amincir, s'ouvrir, créant ainsi la fistule lacrymale que nous décrirons tout à l'heure.

Tuberculose primitive compliquée

Le sac tuberculeux primitif est un terrain favorable aux microbes de l'infection, aussi les formes compliquées de la tuberculose lacrymale sont elles très fréquentes.

Les microbes rencontrés dans le pus lacrymal sont nombreux : Poulard trouve chez un enfant des streptocoques. Rollet et Bussy signalent le pneumocoque comme bacille le plus fréquent et le plus actif de ces suppurations.

L'innoculation d'un de ces microorganismes sur des lésions tuberculeuses du sac donne un ensemble de symptômes bien définis.

L'affection simule une dacryocystite banale avec empyème du sac. L'infiltration peut quitter le sac et gagner le tissu cellulaire pré-sacculaire ; dans ce cas il existe une péri-dacryocystite.

Enfin à la rougeur de la conjonctive localisée au grand angle, à l'écoulement du pus par les points lacrymaux au moment de la pression sur le sac, succède souvent le phlegmon lacrymal. La tuméfaction s'élargit, le gonflement œdémateux gagne les paupières, la peau prend une rougeur érysipélateuse. Les ganglions sont volumineux. Il existe des phénomènes généraux marqués. Au bout de quelques jours la tuméfaction se vide, donnant issue à une quantité souvent abondante de pus ou de mucopus.

Toutes les formes de la tuberculose lacrymale primitive qu'elles soient pures ou quelles soient compliquées aboutissent à la fistule lacrymale.

L'orifice fistulaire correspond à la région infratendineuse du sac, il laisse écouler un liquide purulent. Shiba a vu une fistule donner issue à du pus caséux et grumeleux tout à fait caractéristique. Les bords de ou des orifices sont décollés, renversés au dehors ; ils sont garnis de bourgeons charnus saignants au moindre contact, tandis que la peau au voisinage est ulcérée, violacée. Cette fistule persiste très longtemps, présentant parfois des phénomènes inflammatoires.

Un symptôme important des formes pures et

compliquées de la tuberculose primitives des voies lacrymales, sur lequel M. le Professeur Rollet attirait l'attention depuis 1899, c'est l'adénopathie.

Elle est fréquente quatre fois sur six (Rollet). Poulard la note quatre fois sur cinq. Elle occupe les ganglions sous-maxillaires et parfois le préauriculaire.

Elle est unilatérale.

Les ganglions ont un volume très variable, suivant l'époque plus ou moins avancée de leur évolution. Ils sont durs, lisses, indolores ou peu douloureux à la pression.

L'adénite évolue lentement vers la supuration et comme fait remarquer Poulard, au bout d'un certain temps, elle devient la lésion principale et la plus grave. Elle peut être l'origine d'une tuberculose cutanée : notre malade, par exemple, a présenté autour de sa fistule, une plaque de tuberculose verruqueuse.

En résumé, il existe des formes cliniques bien définies où l'infiltration tuberculeuse reste limitée au sac lacrymal.

Nous voulons, maintenant, parler des cas nombreux où il n'existe plus un seul foyer tuberculeux.

CHAPITRE III

TUBERCULOSE LACRYMALE ET TUBERCULOSE NASALE

Après avoir noté les caractères particuliers de la tuberculose lacrymale, il nous semble intéressant de rappeler les formes essentielles de la tuberculose nasale, ces deux affections bacillaires étant souvent solidaires l'une de l'autre.

Les formes essentielles de la tuberculose nasale sont au nombre de trois : *La Rhinite Atrophique*, *la Tuberculose Granulique Miliaire*, *le Lupus de la Pituitaire*.

1° *La Rhinite Atrophique* est une forme larvée de la tuberculose nasale. Le bacille de Koch produit l'atrophie, la sclérose des cornets et cette atrophie par les conditions nouvelles qu'elle provoque dans les fosses nasales, favoriserait l'infection secondaire par le ou les microorganismes de l'ozène (Caboche).

2° *La Tuberculose Granulique Milaire*, rare au niveau de la pituitaire, est caractérisée par de petites granulations grises, suivies d'une ulcération qui siège à la partie antérieure des fosses nasales.

3° La troisième forme nous arrêtera plus longtemps : c'est le *Lupus*, qui est souvent, comme nous le verrons, la cause première de la tuberculose lacrymale. Il se présente sous des aspects très divers : *Nodulaire*, il donne alors l'infiltration mamelonnée caractéristique ; *Végétant*, il provoque une hyperplasie de la pituitaire ; *Tumeur*, c'est sa forme la plus fréquente. Cette tumeur a un aspect lisse, de couleur blanc-bleuâtre, on la trouve partout dans les fosses nasales, elle n'a aucun siège de prédilection. Vue de près, sa surface présente des petites nodosités jaunâtres. Le Lupus se termine par une ulcération à bords irréguliers, celle-ci amène souvent la perforation de la cloison.

Le Lupus des fosses nasales est fréquent, il est à remarquer que cette affection se rencontre surtout dans le sexe féminin, celui-ci comprend, d'après Caboche, les trois-quarts des cas,

Il sévit surtout à l'âge moyen de la vie, de quinze à vingt-cinq ans.

Autre fait intéressant à relever : c'est souvent sur

un terrain dit scrofuleux, qu'il se développe. Les lésions tuberculeuses des fosses nasales pouvant malgré tout exister chez des sujets sains (Strauss).

Notons, en passant, les nombreux points communs de l'Etiologie de Lupus avec celle de la tuberculose lacrymale primitive.

Les symptômes fonctionnels peuvent être nuls, en tout cas, lorsqu'ils existent, ils sont toujours discrets, il faut les chercher avec soin. On note de la sécheresse des narines, de l'impétigo rebelle du vestibule ou fréquemment du larmoiement. Parfois, un peu de gêne respiratoire, une narine bouchée amène le malade à se faire examiner. Il n'y a pas de retentissement sur l'état général. L'adénopathie existe souvent, Çaboche la signale dans les deux observations qu'il rapporte. Elle est à localisation sous-maxillaire en général.

Quels sont les rapports de cette tuberculose nasale avec la tuberculose lacrymale ?

La continuité des muqueuses nasale et lacrymale offrent une voie toute tracée pour la propagation de l'infiltration, de nombreuses observations en font foi. « D'après les idées actuelles, nous dit Moldenhauer, l'infiltration tuberculeuse se fait, le plus souvent, par l'air inspiré », et, de fait, avec l'expansion que prend la Rhinologie, ces dernières années, les cas de tuberculose des fosses nasales augmentent chaque jour, et disons de suite que les tuberculoses lacrymales secondaires sont spécialement d'origine nasale.

Cette cause première d'infection du sac lacrymal, Wagenmann la signale dès 1888. En 1889, Leidholdt donne l'observation d'une femme, chez laquelle on extirpe un foyer lacrymal secondaire à une tuberculose nasale. Morax, en 1898, se basant sur l'épreuve à la tuberculine, nous montre que le larmolement ou la fistule lacrymale peuvent constituer des signes révélateurs du lupus de la muqueuse nasale. Proscher publie le cas suivant : Un malade présente une ulcération bacillaire primitive au cornet inférieur, avec rétrécissement lacrymal et ulcère conjonctival bacillaire.

L'existence des complications lacrymales de la tuberculose nasale est définitivement admise à l'heure actuelle. Ces lésions lacrymales sont constituées, nous le verrons tout à l'heure, par une infection banale ou par une infection spécifique de la tuberculose.

Quant à la fréquence de ces complications lacrymales, les avis restent très partagés. Dans sa thèse, Raulin déclare que la tuberculose nasale peut s'accompagner d'épiphora, mais lui-même ne l'a pas trouvé signalé.

Sur cent malades qu'il a examinés dans le Service du Professeur de Lapersonne, pour du larmolement, Gelle n'a découvert que deux fois la tuberculose nasale. Pour Caboché, la fréquence des lésions lacrymales est beaucoup plus grande ; il l'admet dans 50 % des cas.

Nous pensons que l'examen systématique des fosses nasales, chez tous les malades présentant du

larmoient, donnerait une proportion aussi grande d'infection naso-lacrymale, que celle-ci soit d'origine tuberculeuse ou banale.

La date d'apparition des complications lacrymales est très variable. Souvent l'infection est contemporaine du début de la lésion. Dans l'observation de Caboche que nous rapportons, le larmoient est précoce. Il peut parfois devenir le signe révélateur des lésions nasales.

Tantôt il s'agit d'une affection banale d'origine mécanique, car on peut voir une synéchie du bord inférieur du cornet avec le plancher favorisant la stagnation des larmes (Caboche); tantôt il s'agit d'une infection tuberculeuse. Le diagnostic différentiel est très délicat. Dans le premier cas, la méatoscopie inférieure ne laisse voir aucune lésion du méat proprement dit; celle-ci s'arrête au plancher du méat. Dans l'infection tuberculeuse, l'examen révèle les points du méat inférieur.

Les auteurs admettent des explications différentes pour expliquer la pathogénie de l'extension de la tuberculose des fosses nasales à l'appareil lacrymal.

Raulin propose une cause mécanique; l'orifice inférieur du canal nasal peut être obturé par un bourgeon lupique, d'où stagnation des larmes qui deviennent un milieu de culture propre à tous les micro-organismes, et, en particulier, au bacille de Koch.

Taquet, observant un lupus nasal accompagné de tuberculose conjonctivale et de larmoient, croit que la continuité des muqueuses lacrymales et

nasales permet la propagation de la tuberculose de l'une à l'autre, l'infection se faisant en sens inverse du courant physiologique du liquide excrété. Cette théorie de l'infection ascendante de la continuité est soutenue par Bach. C'est par des phénomènes de capillarité que la sécrétion bacillifère passe de la fosse nasale dans le canal naso-lacrimal.

En fait, on peut admettre deux hypothèses, le méat inférieur est contaminé primitivement par l'air qui pénètre dans les fosses nasales, et de là l'infection gagne les voies lacrymales, c'est la marche ascendante. Où l'infection du méat se fait par les larmes, les fosses nasales étant infectées secondairement. Nous adoptons avec Caboché la première explication, parce que la voie nasale constitue une porte d'entrée bien plus large que les deux minuscules points lacrymaux, et que cliniquement les lésions nasales recherchées avec soins existent souvent avant le larmolement.

Il nous semble donc plus admissible de croire à la tuberculose lacrymale secondaire à celle des fosses nasales.

Nous n'oublions pas pourtant, que Tavernier a cité des cas de tuberculose lacrymale primitive en rapport avec un lupus de la muqueuse nasale. Dans ces cas, on peut se demander si la lésion nasale a été recherchée systématiquement dès le début de l'infection.

CHAPITRE IV

TUBERCULOSE LACRYMALE ET TUBERCULOSES EXTERNES

L'existence d'un foyer tuberculeux dans un point localisé de l'organisme laisse prévoir une extension possible de l'intoxication bacillaire. De fait, il est fréquent de rencontrer la tuberculose lacrymale associée à d'autres tuberculoses.

Nous distinguerons plusieurs cas :

1^o Tuberculose lacrymale et tuberculoses cutanées.

a) Lupus de la peau du nez et de la face.

b) Lupus conjonctival.

c) Tuberculose verruqueuse.

2° Tuberculose lacrymale et tuberculoses osseuses.

1° Tuberculose lacrymale et tuberculoses cutanées.

a) *Lupus de la peau du nez et de la joue* : ces cas sont fréquents. Arnozan, en 1891, rapporte trois observations de lupus de la joue, consécutif aux lésions tuberculeuses de la muqueuse nasale par l'intermédiaire d'une fistule lacrymale. Leloir s'exprime ainsi : « Bender a observé dans le service de Doutrelepont sur 173 cas de lupus des muqueuses, ou encore, sur 380 cas de lupus en général, 24 cas de lupus du conduit lacrymal. Malheureusement, Bender ne nous dit pas sur quels caractères cliniques il s'appuie pour poser le diagnostic de lupus du conduit lacrymal... Pour ma part, je n'ai pas observé de lupus du canal nasal dont j'ai pu faire un diagnostic certain... Dans un certain nombre de cas, j'ai constaté chez des lueux, précédant même le lupus de la joue, des dacryocystises tuberculeuses ».

La nature tuberculeuse est admise actuellement. Trousseau, dans son étude sur « le lupus et la tuberculose sculaire », arrive à ces conclusions : 1° Résultats positifs d'inoculation de lupus conjonctival ; 2° Identification du lupus et de la tuberculose. Nombreux sont ceux qui affirment cette identité. Koch, avec du lupus, a pu obtenir une culture pure de bacilles tuberculeux. Leloir a « suivi à travers les lym-

phatiques du bras et les ganglions axillaires la migration des produits coupables, depuis une plaque lupique* de la main, jusqu'à un foyer tuberculeux du poumon ».

Les résultats de la pathologie expérimentale et de bactériologie prouvent donc l'étiologie commune de ces deux maladies, différentes toutefois par leur gravité : la résistance des muqueuses pour le bacille de Koch explique que le lupus ne suit qu'une forme atténuée circonscrite de l'infection tuberculeuse.

Le siège de ce lupus n'est pas indifférent. Taverrier rapporte 21 observations ; parmi elles, il note 16 cas de dacryocystises tuberculeuses ayant donné lieu à un lupus de la peau du nez ; 12 cas de dacryocystises ayant donné lieu à un lupus de la peau du nez, ainsi qu'à un lupus de la joue.

La fistule lacrymale est souvent le point de départ de la lésion lupique qui, s'élargissant, gagne la racine du nez ou de la joue. C'est ce que nous avons trouvé chez notre malade. Une jeune fille de 16 ans a présenté aussi un placard lupique qui s'est greffé autour d'une fistule lacrymale.

Cette localisation s'explique : le lupus est dû à une inoculation directe du bacille de Koch, il se montre souvent secondairement à l'ouverture à la peau de foyers tuberculeux sous cutanés ou profonds (Brocq-Gaucher).

Le lupus secondaire à une dacryocystise tuberculeuse se présente, avec ses caractères typiques : qu'il soit exedens ou non exedens on trouve les nodules lupiques « petits grains d'un rouge jaunâtre, plus ou

moins clairs, et comme translucides, ressemblant à du sucre d'orge ou à de la gelée de pomme » (Brocq).

b) *Dacryocystites tuberculeuses et lupus conjonctival.*

La propagation de la tuberculose conjonctivale au sac ou du sac à la conjunctive est rare et vraiment exceptionnelle, dit Villard.

En 1885, Gayet présente un cas de tuberculose conjonctivale. Il constate dans les lésions la présence de granulations lymphoïdes avec des cellules géantes et des produits en régression casqueuse (ce qui répond au lupus de la conjonctive), le sac renferme du pus.

Tavernier indique cette association deux fois sur 21 observations.

c) *Tuberculose lacrymale et tuberculose verruqueuse.*

Les tuberculoses verruqueuses secondaires à l'ouverture cutanée de foyers tuberculeux sous-cutanés ou profonds, ont été signalées (Adenot-Moutot).

Nous n'avons pas trouvé mentionnée la dacryocystite tuberculeuse comme cause première de ces lésions secondaires. Le malade dont nous rapportons l'observation a présenté au niveau du point de ponction de son adénite sous-maxillaire, un placard rouge dont l'aspect papillomateux et la tendance à progresser par la périphérie ne laissent aucun doute quant à la nature verruqueuse de cette lésion cutanée.

d) *Rapports de la tuberculose lacrymale et des tuberculoses cutanées.*

Nous avons surtout envisagé les cas de tuberculose lacrymale primitive ; on doit se demander si celle-ci ne peut pas être secondaire aux lésions bacillaires cutanées. Rares sont les observations qui montrent la dacryocystite secondaire au lupus : De Lapersonne et Tavernier en rapportent deux cas cependant.

Le malade, atteint de lupus de la face, présente ensuite une tumeur lacrymale ; à l'incision, il sort du pus grumeleux, des fongosités, il en résulte une fistule intarissable.

L'inoculation des voies lacrymales s'est faite à distance par infiltration lymphatique, ou lentement, de proche en proche, par les points lacrymaux, si le placard lupique est paralacrymal.

2. Tuberculose lacrymale et tuberculeuses osseuses

Lésions osseuses de voisinage : on a beaucoup insisté autrefois sur l'origine ostéo-périostique de la tuberculose lacrymale : de nombreuses observations ont été publiées présentant des malades atteints d'ostéite de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

Aujourd'hui, la tuberculose de la gouttière lacrymale osseuse paraît plus rare. Très exceptionnellement, la découverte d'un gonflement de l'apophyse montante ou de l'unguis, et la présence de petits

séquestres dans le pus du sac permettent de porter ce diagnostic.

Lésions osseuses à distance : elles sont fréquentes. On a rapporté des cas d'ostéo-arthrites : tumeur blanche suppurée du coude, ostéite tuberculeuse du tibia (Bock-Rollet) chez des sujets porteurs d'une tuberculose lacrymale primitive. La contamination au sac a pu se faire par les doigts du malade (Jaulin).

Mais la lésion osseuse peut succéder à la dacryocystite : notre malade a présenté une bacillaire ostéo-périostique du gros orteil, cinq ans après l'apparition de la première dacryocystite lacrymale. Il s'agit évidemment d'une contamination à distance par les toxines bacillaires.

3° Tuberculose lacrymale associée aux tuberculoses cutanées, osseuse et nasale.

Toutes ces formes de tuberculoses externes associées à la tuberculose lacrymale, nous les avons trouvées réunies chez le même individu.

Ce malade a eu une dacryocystite tuberculeuse bilatérale présentant des caractères particuliers à droite et à gauche.

Sur la cicatrice d'extripation du sac droit s'est greffé un placard lupique. Le sac gauche est rempli de fongosités dont la nature tuberculeuse ne fait aucun doute, malgré l'absence de bacilles de Koch. En même temps évoluent une tuberculose nasale et une adénopathie sous-maxillaire, cette dernière donnant

lieu à une lésion verruqueuse de la peau. Plus tard apparaît la tuberculose osseuse.

Ce polymorphisme de la tuberculose est intéressant à noter : sur un terrain donné des tissus analogues réagissent différemment à l'intoxication bacillaire (sac droit ulcéreux, sac gauche fongueux).

Ce polymorphisme ne comporte aucune gravité *quod vitam*, et le nombre des foyers tuberculeux ne doit pas assombrir le diagnostic. La guérison est certaine, parfois longue, les cicatrisations ne survenant qu'au bout de plusieurs mois.

Ces tuberculeuses chirurgicales sont bien rarement la cause première d'infections bacillaires plus graves ; les lésions pulmonaires secondaires ont été constatées une fois par Præcher (obs. V). Dans la majorité des cas, l'état général du sujet est bon (obs. VI).

Ce polymorphisme laisse supposer l'existence d'une tuberculose inflammatoire du sac : des bacilles de Koch, aux toxines très atténuées, provoqueraient ces lésions variées, quelques-unes nettement spécifiques, les autres indifférentes.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

A la thérapeutique de la tuberculose en général, s'ajoutera un traitement local pour les différentes manifestations bacillaires.

Traitement local de la tuberculose lacrymale

Il existe une méthode conservatrice qui, dans certains cas de tuberculose latente, peut être employée.

Elle consiste à rétablir le libre écoulement des larmes, dans les cas d'atrésie simple, le cathétérisme

peut avoir ses indications. Une strumeuse de 25 ans présentant des rétrécissements dont la nature était nettement tuberculeuse a été guérie par des cathétérismes (Rollet).

Mais les indications de cette méthode sont restreintes et généralement il est indiqué de supprimer l'organe tuberculeux.

La destruction du sac peut être obtenue par des cautérisations au moyen de substances chimiques très douloureuses pour le malade, laissant souvent après elles des cicatrices vicieuses.

Les cautérisations par la chaleur dans les cas de tuberculose du sac avec envahissement de la peau et inflammation surajoutée, amènent la guérison par cicatrisation progressive.

Pour la tumeur fongueuse prélacrymale, le curetage est tout indiqué.

Mais, écrit M. le Professeur Rollet, la méthode de l'ablation du sac est la méthode idéale qui généralement réalise une véritable et très rapide cure radicale.

L'extirpation est méthodique ou atypique, suivant la forme clinique de la tuberculose à traiter.

Nous rappelons les temps principaux de cette opération. Après l'incision de la peau, on cherche le sac qu'on saisit avec une pince à dents et avec la rugine on le décortique en allant de dedans en dehors, puis en arrière. Le sac enlevé, on curette le canal nasal, ou mieux, on le clive et on l'extraît.

Il est parfois impossible d'avoir le sac entier, on procède alors à l'extirpation atypique en enlevant

l'organe fragment par fragment. On pourra cautériser exceptionnellement le fond de la loge au thermo-cautère.

Traitement local des tuberculoses cutanées

Il devra être précoce, rapide, efficace, avec un maximum de garantie contre les infections secondaires lymphatiques.

A côté de l'emploi des caustiques chimiques, de la radiographie qui donne, parfois, de bons résultats, on pratiquera des séances répétées de cautérisation ignée. Elles seront précédées dans les tuberculoses nasales végétantes par le curetage.

Pour les tuberculoses verruqueuses, l'ablation chirurgicale est la méthode de choix (Moutot). Toutes les fois qu'elle est possible, elle constitue le traitement le plus rapide, soit que l'on obtienne une réunion par première intention, soit que l'on pratique des autoplasties.

Traitement local des tuberculoses osseuses.

Il sera adapté à la gravité et au siège de ces lésions, dans les cas bénins, l'ignipuncture profonde, l'immobilisation suffisent généralement pour amener la guérison ; en présence d'arthrites graves, on aura recours aux interventions chirurgicales.

Traitement général

C'est le traitement de la tuberculose en général, il s'adressera au terrain pour essayer de le modifier ou

à l'infection bacillaire pour la combattre directement.

On l'instituera comme adjuvant précieux de la thérapeutique locale.

Nous n'insisterons pas sur les médications recommandées : arsenic, huile de foie de morue, sirop iodo-tannique, etc. La tuberculine a été employée avec succès par quelques auteurs dans la tuberculose lacrymale (Morax), dans les tuberculoses verruqueuses (Fabry).

Il ne faudrait pas oublier l'importance du traitement hygiénique ; très souvent, le repos, la cure d'air et la suralimentation seront des éléments précieux de la thérapeutique.

OBSERVATION I

Tuberculose primitive du sac lacrymal (SVIDHOLDT) *Examen microscopique et bactériologique positif*

M^{lle} Ida G., âgée de 18 ans $\frac{1}{2}$, consultait en 1885 le docteur Baugé pour une affection lacrymale durant depuis un an. Le sac lacrymal de l'œil gauche était enflé, ballonné. Il s'en écroula une petite quantité de pus. Depuis il resta une tumeur nettement sensible, molle.

La malade ne présentait rien du côté du nez, mais sur nos questions elle nous signala sur son bras droit un foyer grand comme la paume de la main qui s'était développé dans l'espace de cinq ans.

A la clinique chirurgicale, M. le docteur Baugé extirpa le sac lacrymal. A cette occasion, on constata encore une fois

la pleine intégrité de la conjonctive et de la muqueuse nasale. Le foyer du bras fut en même temps gratté et cautérisé au thermo-cautère. Il prit bientôt un aspect cicatriciel et l'on signa l'exéat de la malade en un état satisfaisant. Un an après, l'affection du bras se renouvela, tandis que l'affection lacrymale était considérée comme complètement guérie.

La muqueuse du sac lacrymal était granuleuse et n'offrit rien de caractéristique macroscopiquement. Il faut remarquer la non-participation de la conjonctive, malgré le voisinage immédiat du foyer tuberculeux.

Les préparations de la muqueuse lacrymale montrent au microscope des éléments tuberculeux typiques. Les cellules géantes sont ici particulièrement nombreuses et belles. Les couches superficielles de cellules montrent une désagrégation morbide rapide.

Les bacilles tuberculeux étaient relativement nombreux.

OBSERVATION II (CABOCHE)

Tuberculose du méat inférieur — Larmoiement Fistule lacrymale

F. G., 11 ans, vient dans le service du docteur Sébilleau à Lariboisière, où il nous est adressé par le docteur Morax, le 24 Octobre 1905.

Son attention a à peine été attirée du côté des fosses nasales par un peu de gêne respiratoire. Il nous est envoyé au service d'ophtalmologie pour voir si quelques lésions nasales ne contribueraient pas à entretenir l'infection des voies lacrymales.

Il a été opéré, en effet, en Juin 1905, pour de la péricystite

lacrymale. Depuis, une fistule lacrymale persiste, minuscule, recouverte d'une petite croûte mélicérique.

L'enfant a été élevé au sein par sa mère. Celle-ci atteinte de lupus de la face, est morte alors que l'enfant était âgé de cinq ans et demi.

Le début du larmolement remonterait à l'âge de cinq ans. Un an plus tard, serait apparue déjà une fistule lacrymale qui se serait tarrie quelques temps après.

A la rhinoscopie, on ne constate au premier abord que de simples lésions de catarrhe chronique, avec pâleur générale de la muqueuse. Les cornets sont de volume normal, plutôt hypertrophiés.

A un examen plus attentif on constate la présence dans le méat inférieur droit à sa partie antérieure d'une sorte de fongosité molle, blanchâtre, frambœsoïde, saignant au contact du stylet, et du volume d'un tout petit pois. Sans un examen systématique du méat inférieur, cette lésion aurait passée inaperçue. Elle se différencie mal en dehors de la face méatique du contact inférieur.

L'enfant présente les attributs extérieurs du lymphatisme : pâleur, bouffisme des lèvres, cils très longs, adénopathies sous-maxillaires et carotidiennes bi-latérales.

Pas de végétations adénoïdes. J'enlève à la curette la petite fongosité, pour l'inoculer dans la gaine du grand droit d'un cobaye.

Badigeonnage à l'acide lactique au 1/10°.

Nous revoyons l'enfant le 22 Novembre. Dans l'intervalle, nous lui avons fait subir un deuxième curetage de la fongosité qui avait récidivé.

Le cobaye inoculé meurt accidentellement huit jours après l'inoculation.

Le 10 Janvier 1906 la fistule se transforme, elle a augmenté de volume et ses bords se décollent.

La fongosité du méat inférieur est reparue pour la troisième fois, plus volumineuse.

Nous essayons de faire la méatoscopie avec un long spéculum analogue au spéculum de Tayuber, mais dont la partie tubulaire, deux fois et demie plus longue, a la forme d'un cylindre aplati sur un de ses diamètres.

Nous constatons alors que la face méatique du cornet inférieur est fongueuse, saigne au contact du spéculum, la fongosité visible par la simple rhinoscopie provient vraisemblablement de là.

En outre, le malade se plaint cette fois de gêne très manifeste de la respiration nasale du côté malade. Effectivement, le cornet inférieur de ce côté au tissu très pâle a triplé de volume depuis notre dernier examen. Il est actuellement en contact avec la cloison nasale.

Nouveau curetage après résection de la tête du cornet inférieur. Nouvelle inoculation au cobaye.

Dès le début de Février, on constate la présence d'un chancre au point d'inoculation accompagné d'adénites inguinales. L'inoculation semble positive.

15 Février. Nous revoyons le malade. A la place de la fistule on trouve une ulcération de la dimension de deux pièces de 20 centimes accolées. Les bords sont décollés, bleuâtres, le fond est bourgeonnant, mamelonné.

L'ensemble est rose violacé. Aucun nodule lupique à la périphérie.

Pointes de feu sur l'ulcération.

Malade encore en traitement.

OBSERVATION III (ARNOZAN)

Lupus de la joue droite et du nez chez une jeune fille atteinte antérieurement de fistule lacrymale et présentant simultanément un lupus de la fosse nasale droite.

Au mois d'octobre 1888, M^{lle} X....., jeune Espagnole de 22 ans vient me consulter pour la première fois au sujet de petites ulcérations qu'elle portait depuis quelques temps sur différents points de la face. Elle en présentait une, la plus importante, qui commençait un peu au-dessous de la racine du nez, du côté droit, traversait obliquement la joue, presque parallèlement au bord inférieur de l'orbite, mesurant dans sa plus grande largeur un centimètre à peine. Elle en portait une autre de la dimension d'un gros grain de blé, près de l'œil gauche ; enfin on en trouvait quelques autres disséminées sur le pavillon des deux oreilles et à l'entrée des conduits auditifs. Les croûtes épaisses et adhérentes qui couvraient le fond des ulcérations, les bords déchiquetés et présentant çà et là quelques nodules à teinte rouge pâle demi-transparente, l'indolence de ces lésions ne pouvaient guère laisser de place au doute : il s'agissait de foyers multiples de lupus tuberculeux à forme ulcéreuse.

Mais ce n'étaient pas les seules lésions présentées par la jeune malade. En relevant le lobule du nez et en dilatant un peu la narine droite, on apercevait un gros bourgeon végétant qui obstruait en partie la narine correspondante. En abaissant la paupière inférieure droite, on constatait que le point lacrymal avait été incisé et qu'une large fente remplaçait l'étroit pertuis normal. L'histoire de ces deux ordres de lésions, telle que nous auons pu la reconstituer d'après les récits de la malade, paraît être la suivante : relativement au nez. M^{lle} X.. se rappelle qu'elle a, depuis très longtemps, mouché des mucosités épaisses, verdâtres, parfois peut-être sanguinolentes ; qu'elle est souvent gênée pour respirer par la narine droite. Elle ne peut rien dire de très précis à

ce sujet, les troubles fonctionnels étant peu accusés et l'examen direct n'ayant pas encore été pratiqué. Cet examen fut fait, d'ailleurs, quelques jours plus tard, par mon excellent confrère et ami le Docteur Moure, qui reconnut l'existence de foyers lupiques occupant la muqueuse nasale du cornet inférieur et du méat inférieur au voisinage de l'extrémité du canal nasal et occupant aussi la cloison dans sa région cartilagineuse et la face interne des ailes du nez.

Quand à la paupière, voici les incidents qui s'y étaient passés : Il y a cinq ou six ans, M^{lle} X... s'était plaint de larmoiement, puis d'un peu de sécrétion muco-purulente de la conjonctive. Finalement une tumeur lacrymale s'était formée et ouverte. Le Docteur Sous, consulté à ce moment, avait incisé le point lacrymal inférieur, soigné et guéri la dacryocystite et la fistule consécutive, mais non sans que l'écoulement du muco-pus et des larmes par l'orifice fistuleux du sac n'ait déterminé, tout alentour, un peu d'érythème. Les lésions lacrymales une fois guéries, cet érythème avait pâli et paru guéri. Assez longtemps après, les lésions lupiques avaient apparu, et *leur premier foyer* avait précisément occupé *le territoire de cet érythème*. Les autres foyers lupiques ne s'étaient montré qu'ultérieurement.

Arnozan suit le traitement, d'abord médical (huile de foie de morue à l'intérieur, applications à l'acide lactique), puis chirurgical (curetage des ulcérations).



OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le Professeur ROLLET)

Dacryocystite droite en 1916 ; extirpation du sac lacrymal en 1916 : adénite sus-hyoïdienne et sous-maxillaire, incisée, suivie de tuberculose verruqueuse ; en avril 1920, bacillose lupique de la région lacrymale droite, lupus du nez, surtout marqué à la narine droite. Dacryocystite fongueuse gauche et bacillose ostéo-périostique du gros orteil droit.

Gaz... Ph..., 18 ans, est entré dans le service le 1^{er} avril 1921 pour une dacryocystite droite, ou plus exactement pour un placard rouge au niveau de la région lacrymale droite avec induration de la peau et épiphora.

Il a fait, en 1916, un premier séjour dans le service pour une tumeur lacrymale du même côté, et il fut procédé à ce moment à une extirpation du sac avec curetage du canal nasal (celui-ci n'ayant pas été enlevé). La plaie opératoire ne se cicatrisa point par première intention ; il se créa une fistule avec rougeur et œdème inflammatoire. L'état local est ainsi resté stationnaire pendant ces cinq dernières années. En somme, cinq ans après une extirpation du sac lacrymal droit, le malade se présente avec du même côté, un ensemble de signes objectifs et fonctionnels, faisant immédiatement prévoir une dacryocystite. Nous verrons, plus loin, ce qu'il faut en penser.

Par ailleurs, cet enfant, orphelin de père et de mère depuis sa très jeune enfance est normalement développé au point de vue physique comme au point de vue intellectuel. Il est né de parents italiens, dont il ignore tout, sinon qu'ils sont morts, entre trente et quarante ans, d'affection indéterminée. Il a un frère qui se porte bien.

Son enfance fut normale, il ne se souvient pas d'avoir été malade. Elevé par sa grand-mère, il va à l'école jusqu'à

l'âge de treize ans (c'est-à-dire jusqu'au début de 1916), et de dix ans à treize ans passa ses étés à la campagne. Au début de 1916, il gagne la ville, où il apprend le métier de chaudronnier qu'il estime lui-même peu fatigant.

Il n'a pas toussé, si ce n'est ces temps derniers, et il semble s'être agi d'un épisode aigu n'ayant pas duré plus d'une quinzaine de jours. Pas d'hémoptysie. Ainsi jusque vers le milieu de 1916, l'interrogatoire ne relève aucun accident pathologique dans son passé.

A cette époque, nous l'avons signalé, développement progressif d'une tumeur lacrymale droite, dacryocystite subaiguë, pour laquelle le malade subit une extirpation du sac.

Cependant, quelques temps auparavant, sans que l'on puisse arriver à des déterminations précises, l'enfant avait fait de l'adénopathie sous-maillaire bi-latérale qui évolua isolément d'une façon assez lente ; un médecin incisa ces ganglions : on ignore si l'on évacua du pus, mais on sait que la cicatrisation fut longue (2 mois) ; l'épidermisation ne fut même jamais complète et à l'heure actuelle on aperçoit une bande sous-mentonnière longue de sept à huit centimètres, large de deux centimètres au niveau de laquelle la peau, rouge, violacée, présente une surface rugueuse, ulcérée, recouverte de petites gouttelettes de pus, en un mot, c'est une plaque verruqueuse.

Examen : Quand on examine de près le placard rouge avec fistulette siégeant au niveau de l'angle interne de l'œil droit, et envahissant toute la région lacrymale, on se rend compte, d'une part, que la fistule est insignifiante, qu'elle n'est pas profonde, qu'elle ne donne pas ; il s'agit plutôt d'une petite cupule cutanée, dans laquelle est retenue une gouttelette liquide lacrymale venant de l'œil, et, d'autre part, la peau rougeâtre, légèrement indurée, est parsemée de petits grains un peu jaunâtres, aasemblant beaucoup à une infiltration lupique.

L'attention se porte alors du côté des fosses nasales. On



envoie le malade à la consultation du Professeur Collet, qui, le 23 Avril note « lésions de lupus du nez, fosse nasale droite, avec quelques nodules de la cloison fosse nasale gauche. ». Donc, lupus étendu de la narine droite avec début d'envahissement de narine gauche. Le traitement rhinologique a consisté en application d'acide lactique et en pointes de feu au galvano-cautère. Au même moment, on fait sur la lésion lacrymal de la radiothérapie (1^{re} séance le 20 Avril 1921).

De la même époque aussi, date le début apparent d'une tuméfaction lacrymale de l'œil gauche ; celle-ci constituant une véritable dacryocystite : saillie progressive de la tuméfaction avec refoulement à l'angle interne de l'œil de quelques gouttes très épaisses ; infiltration dermique, uniforme de la région sans nodules ; tout cela présentant une évolution assez rapide, mais aussi une indolence remarquable et et une allure froide. On a bientôt nettement l'impression de fluctuation de cette tumeur et le 7 Mai 1921 on fait un curetage du sac gauche. On trouve un gros sac fongueux avec abcès froid présacculaire. A l'examen direct, on n'a pas découvert du bacille de Kock, mais seulement du pneumobacille de Friedländer, néanmoins la nature tuberculeuse des lésions ne fait aucun doute.

Le 5 Mai 1921, le malade attire l'attention sur une tuméfaction du gros orteil droit, de début et de développement tout récent (il s'en est aperçu lui-même, depuis deux jours). Elle consiste en une augmentation du volume de l'orteil, d'aspect fusiforme avec diamètre maximum vers le milieu de la phalange ; de consistance dure, sans trouble trophique net de la peau. Mais l'évolution, bien qu'elle se fasse à bas bruit et presque sans douleurs (le malade a toujours marché) est assez rapide, et vers le 20 Mai 1921, la peau commence à rougir, à se violacer même ; le gros orteil est tuméfié dans toute sa longueur, il y a un point douloureux sur la face externe de l'articulation phalango-phalangienne, en même temps qu'un peu de laxité de cette articulation. Une

radiographie, faite le 10 Juin 1921, montre que les lésions osseuses sont minimales ou tout au moins peu visibles ; la diaphyse de la phalange paraît cependant un peu épaissie, l'articulation semble à peu près normale. Le 6 Juin 1921, la tuméfaction s'est fistulisée et il sort un peu de pus mal lié, presque séreux avec des grumeaux blanchâtres.

Nous ajouterons que, bien que la radioscopie montre un sommet droit un peu plus sombre que le gauche, l'état général pas plus que l'examen physique ne permettent de conclure à une évolution pulmonaire en évolution. Le malade ne tousse ni ne crache et ne présente pas de température.



CONCLUSIONS

1° La tuberculose des voies lacrymales est caractérisée par des altérations infectieuses dues au bacille de Koch. Cette tuberculose est une des dernières venues dans le domaine de l'ophtalmologie. Longtemps elle a été méconnue.

Pendant longtemps on a traité la fistule des scrofuloux, mais c'est depuis peu seulement que l'on parle de tuberculose lacrymale secondaire, pour décrire ensuite une tuberculose primitive.

2° La tuberculose lacrymale, qui a toujours le

bacille de Koch à son origine, est primitive ou secondaire.

La tuberculose primitive évolue isolément sans lésions des parties contiguës : œil, conjonctive, peau, fosses nasales.

La tuberculose secondaire succède à un foyer primitif nasal généralement latent qu'il faut rechercher, à une lésion lupique cutanée, et plus rarement à une affection conjonctivale ou osseuse.

3° La tuberculose nasale peut se voir chez un sujet sain, chez un strumeux et plus rarement chez un phthisique.

4° Nous montrons dans notre travail que la tuberculose peut s'accompagner de tuberculoses chirurgicales en évolution (adénite, lupus, ostéo-arthrite).

5° En outre, si cette tuberculose lacrymale se présente généralement chez le sujet sous une forme clinique bien définie : tumeur fongueuse fermée ou ouverte, on peut voir chez le même sujet une tuberculose lacrymale polymorphe. Nous rapportons une observation dans laquelle, chez un jeune sujet, on note une forme fongueuse d'un côté, et du côté opposé, un lupus tardif de la cicatrice opératoire.

6° Les différentes formes cliniques de la tuberculose lacrymale : larmolement simple et sténose primitive tuberculeuse, tumeur blanche lacrymale fermée, empyème froid, sacculite fibreuse, tumeur

fongueuse caseifiée et suppurante nécessitent surtout un traitement local.

L'extirpation méthodique et totale constituera le procédé de choix.

En présence de lésions fongueuses diffuses, on pourrait pratiquer la destruction du sac au thermocautère, mais nous donnons la préférence à l'extirpation totale typique ou atypique.

Le Président de la Thèse,

ROLLET.

Vu :

Le Doyen,

JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 24 Juin 1921.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

ARNOZAN. — Arch. d'Opht. 1891, p. 496.

BOCH. — Tuberculose du sac lacrymal. Berl. Klin. Woch 1891.

BEIARD. — L'extirpation dans les dacryocystites. Thèse de Lyon 1903.

BENDER. — Viertelj f. Deunat. und Syphilis 1888.

BROCQ. — Traité élémentaire de dermatologie, T. I., 1906.

CABOCHE. — A propos de la tuberculose nasale. Ann. des mal. de l'oreille 1906. Contribution à l'étude de la piputtaire. Ann. des mal. de l'oreille 1907.

- DUBOIS-HAVENITH. — Du lupus vulgaire spécialement étudié au point de vue de son étiologie, de sa pathogénie et de son traitement. Thèse d'agrégation, Bruxelles 1890.
- PROESCHER. — Un cas de de tubercul. primitive des voies lacrymales et de la conjonctive avec propagation aux poumons. Centr. für prakl. Augenheik, Mai 1899.
- PICK. — Correspondenz Blatt für Schluviger. Août 1891.
- GAYET. — Société Française d'Opht. 1885. Tub. primitive de la conjonctive.
- GROBE. — Zun pathologischen. Anatomie des Trannensackesters. Thèse d'Iéna 1898.
- GOURFEIN. — Etude expérimentale sur la tuberculose des voies lacrymales. Annal. d'ocul. 1891, vol. 121.
- HOLTH. — Tuberculose du sac lacrymal. Société de Médecine de Christiania. Octobre 1899.
- HAAB. — Deux cas de tuberc. des voies lacrymales. Arch. für Opht. XXXIV, p. 163.
- HUISBERY. — Neber Angenerkrankungein bei Tnberkulose der Nasenvehleimhaut.. Zeit für Hirenliveil 1901.
- DRESEH. — Thèse de Toulouse 1910. Ann. des mal. de l'oreille, p. 325.
- JAULIN. — Sur la tuberculose de l'appareil lacrymal. Thèse de Paris 1894.
- LAPERSONNE (DE). — Arch. d'Opht. 1892.
- LAPERSONNE (DE) et ROCHON-DUVIGUEAUD. — Archives d'Ophtalm., p. 264, 1903. Traitement des affections des voies lacrymales. Congrès Intern. de Méd. Madrid 1903.
- LELOIR. — Le lupus vulgaire, le système lymphatique. Annal. de l'Institut Pasteur.
- LEIDOLDT. — Beitlage sur Casuistik der Angentuberculose. Tuany, dissert. Halle Wittemberg 1889.
- MORAX. — Lupus des voies lacrymales. Bullet. de la Soc. Franç. d'Opht. 1898.
- MOUTOT. — La tuberculose verruqueuse de la peau et des muqueuses dermo-papillaires. Thèse de Lyon 1907.

PONCET et LERICHE. — Tuberculose inflammatoire.

ROCHON-DUVIGNEAUD. — Recherches sur l'anatomie et la pathogénie des voies lacrymales. Archiv. d'Opht. 1900.

ROLLET. — Tuberculose du sac lacrymal, Cliniq. Opht. 1899.

— Tuberculose des voies lacrymales. Soc. Franç. d'Opht. Congrès de 1911.

— La tumeur lacrymale tuberculeuse. Rev. Gén. d'Opht. 80 Juin 1903.

— Cure radicale des dacryocystites. Rev. Gén. d'Opht. 31 Janvier 1903.

— La tumeur prélacrymale. Ann. d'ocul. Mai 1900.

— Bulletin de la Soc. Franç. d'Ophtalm., p. 416, 1909.

ROLLET et ARNAUD. — Essai de tuberculino-thérapie oculaire expérimentale. Rev. Gén. d'Opht. 31 Janvier 1910.

ROLLET. — Extraction totale du sac lacrymal et du canal nasal membraneux. Soc. Franç. d'Opht. Mai 1921.

ROLLET. — Traitement des dacryocystites par l'extirpation du sac lacrymal. Lyon Medical, 7 Juin 1896.

— Technique opératoire*de l'extirpation du sac à la rugine. Rev. Gén. d'Ophtalm. 30 Septembre 1900. Clinique Opht. 10 Juillet 1899.

ROLLET et BUSSY. — Les formes cliniques de la tuberculose des voies lacrymales. Rev. Gén. d'Ophtalm. Mai 1920.

RAULIN. — Lupus primitif de la muqueuse nasale. Thèse de Paris 1887.

TROUSSEAU. — Lupus et Tuberculose oculaire. Arch. d'Opht. 1889.

VALUDE. — Etude sur la tuberculose expérimentale du sac. Arch. d'Opht. 1889.

VINCENT. — Tuberculose du sac lacrymal et son traitement. Thèse de Lyon 1900.

TAVERNIER. — De la dacryocystite tubercul. considérée comme point de départ du lupus de la peau, de la muqueuse nasale, de la conjonctive. Thèse de Lille. Décembre 1897.

PAULARD. — Tuberculose des voies lacrymales. Archives d'Opht. Décembre 1903.

WAGENMANN. — Beiitiäge sur Kenntni-s des tuberculosen Erkrankungen des Schorgans. Arch. f. Opht. XXXIV, p. 45. 1888.

TACQUET. — Des voies lacrymales comme cause de l'origine nasale des affe tions oculaires. Thèse de Paris 1894.
